

Schwerpunktthema: Kostendämpfungsmassnahmen

- | | |
|---|--|
| <p>3 Die Gesundheitskosten «dämpfen» – nach Rezepten von Gesundheitsexperten</p> <p>5 Mit mehr Transparenz könnten über 20 Milliarden Franken an Gesundheitskosten eingespart werden</p> <p>6 Globalbudget im Gesundheitswesen: unvermeidlich?</p> <p>7 «Wir befürworten Massnahmen, die die Effizienz steigern, ohne die Patientenversorgung zu beeinträchtigen»</p> | <p>10 «Die Schweiz hat im Bereich der Patientensicherheit nach wie vor grossen Handlungsbedarf»</p> <p>13 Umstrittenes Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes</p> <p>15 Kostendämpfung – eine deutsche Burleske</p> <p>16 Observationsgesetz: gegen Missbrauch in der Sozialversicherung – aber nicht so!</p> <p>17 Uniham-bb: «Interprofessional Education» in Medizin und Pharmazie an der Universität Basel</p> |
|---|--|

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Die Synapse finden Sie auch unter:
www.synapse-online.ch

Leitartikel

«Wir haben keine Kosten-, sondern eine Prämienexplosion!»

Obwohl die Gesundheitskosten 2018 um 1,8% rückläufig sind, wollten die Krankenkassen eine Prämienhöhung von mehr als 3%! Prämienämpfung ja – aber wie?



Tobias Eichenberger



Carlos Quinto

Während die Überschriften der einzelnen (Kostendämpfungs-)Massnahmen, die an einer Medienkonferenz am 14.9.2018 in Bern vorgestellt wurden, auf den ersten Blick nachvollziehbar erscheinen und nach vernünftigen Lösungen aussehen, hat es das Kleingedruckte in sich.

Zu den Massnahmen im Einzelnen:

- Jeder Patient und jede Patientin soll eine Rechnung resp. eine Rechnungskopie erhalten. Mit dieser Massnahme haben wir Ärztinnen und Ärzte gar keine Mühe. Wir haben in unserem kantonalen Tarifvertrag den Tiers garant als Prinzip festgelegt. Somit erhält jeder Patient und jede Patientin eine Rechnung. Aufwendiger, aber im Sinne der

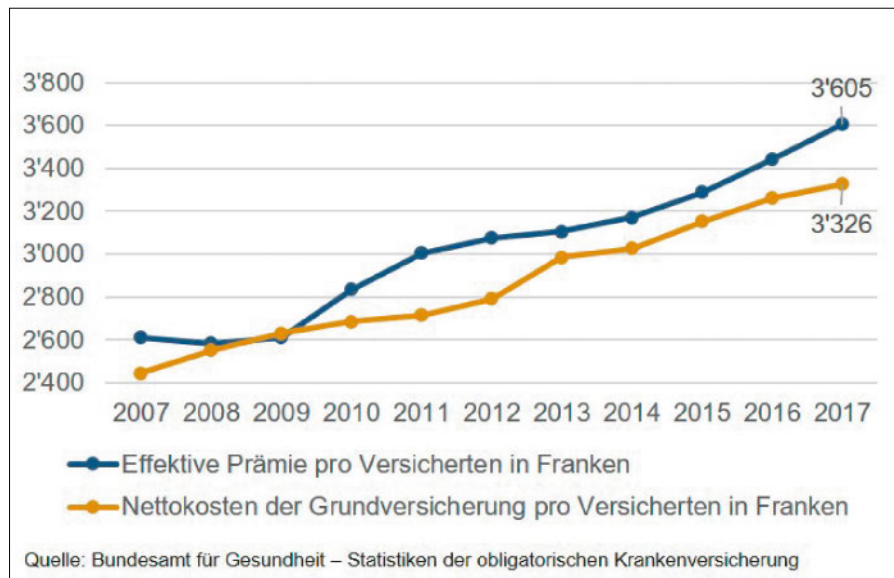
Transparenz zu begrüssen, dürfte diese Forderung für die Spitäler werden.

- Die Einführung eines Referenzpreissystems: Achtung Nebenwirkungen! Für die Ärzteschaft stehen die Patientensicherheit und die Versorgungssicherheit mit Medikamenten im Vordergrund. Ein Beispiel: In den letzten Jahren war mit Blick auf die Statistiken des Bundesamtes für wirtschaftliche Landesversorgung eine zunehmende Zahl von Medikamenten und Impfstoffen während längerer Zeit in der Schweiz nicht verfügbar. Grundimmunisierungen sind nicht mehr garantiert, und für gewisse Patientinnen und Patienten sind lebenswichtige Medikamente nicht mehr verfügbar. Die Ursachen sind einerseits global zu verorten und werden andererseits wesentlich durch politisch verantwortete Regulationen im Inland verschärft. Auf Grund der Patientensicherheit lehnt die Ärzteschaft ein Referenzpreissystem ab, wie es in Deutschland realisiert ist respektive vom Preisüberwacher, ohne medizinischen Sachverstand, gewünscht wird. Artikel 52a gefährdet die Patienten-

sicherheit. Ein System, welches nur greifen würde, solange mindestens vier Anbieter auf dem Markt sind, wäre noch am ehesten versuchsweise und zeitlich limitiert tolerabel. Neben den Anbietern auf dem Markt haben die Behörden zwingend zu überprüfen, auf wie vielen Lieferanten respektive Herstellern die Marktanbieter basieren. Basieren alle vier Anbieter nur noch auf einem einzigen Lieferanten resp. Hersteller, der sich typischerweise in China oder Indien befindet, ist dies für die Versorgungssicherheit sehr kritisch. An sich wäre ein solches Referenzpreissystem eben etwas für den «Experimentierartikel»: örtlich und zeitlich limitiert, mit Vergleichsgruppe im Inland. Will man ein solches System einführen, sind zwingend flankierende Massnahmen erforderlich, damit Patienten- und Versorgungssicherheit nicht gefährdet werden. Je nach Ausgestaltung des Referenzpreissystems kann es zu einem Oligopol bei den Generikaherstellern führen, insbesondere die kleineren inländischen Hersteller dürften in ihrer Existenz bedroht sein. Die Schweiz wird

somit in eine totale Auslandabhängigkeit geraten hinsichtlich verfügbarer Generika. Für die Patientensicherheit ist es entscheidend, rein monetär bedingte, häufige Medikamentenwechsel zu vermeiden. Es ist erschreckend, dass der Bund in seinem Gesetzesentwurf die Bedeutung der Galenik nicht berücksichtigt. Dass die Galenik nicht zu den Kernkompetenzen der Krankenkassen und des Kranken- und Unfallversicherungsbereiches im BAG gehört, ist nachvollziehbar, ist aber keine Entschuldigung für deren fahrlässige Vernachlässigung.

- Der Experimentierartikel: Ja, aber ... Experimentieren dürfen nicht die Kantone und Versicherer mit ihren Partikularinteressen alleine. Ihre primären Interessen werden in der Regel von finanziellen Erwägungen und nicht vom Patientenwohl geleitet. Die Leistungserbringer, die alleinig über Fronterfahrung verfügen, sind zwingend von Beginn an bis zum Abschluss dieser Experimente in adäquater Weise einzubeziehen. Ob ein Experiment zu validen Ergebnissen führt, hängt entscheidend von der Versuchsanlage ab.
- Der Vorschlag einer nationalen Tariforganisation: Die Ärzteschaft hat ihre Aufgaben im Rahmen von TARCO erfüllt. Gewisse Versicherer, die innovativer eingestellt sind, ziehen mit. Die öffentlichen Spitäler spekulieren auf «too big to fail» mit den Kantonen im Rücken und sehen wegen Quersubventionierung, wie beispielsweise im Kanton Waadt, einem Globalbudget mit Gelassenheit entgegen. Anders kann die Zustimmung von H+ zu einer nationalen Tariforganisation mit einem Artikel 47c, der den Weg zu einem Globalbudget direkt vorbereitet, nicht erklärt werden. Auch liesse sich viel Geld sparen, und der Abgang frustrierter Angehöriger der Medizinal- und Gesundheitsberufe könnte vermieden werden, wenn der sinnlose, administrative Overkill unter dem Vorwand der Qualitätssicherung reduziert würde. Denn dieser ist einer der Hauptverursacher von Ineffizienz in unserem Gesundheitswesen. Er wird verursacht durch Versicherer, die sich selber Aufgaben auf die Fahne geschrieben haben,



für die sie eigentlich gar nicht zuständig sind. Die ursprüngliche Funktion einer Sozialversicherung ist eine Solidarfunktion.

Warum sind seit Einführung des KVG-Obligatoriums 1996 bis 2015 die Gesundheitskosten um 78%, die Krankenkassenprämien aber um 116% gestiegen? Warum sind die Prämien somit gemäss offiziellen Bundesstatistiken absolut um 38% und relativ um 50% mehr gestiegen als die Gesundheitskosten?

Wie erklären uns die verantwortlichen Krankenkassenvertreter, die Verantwortlichen beim Bund, die Verantwortlichen der Kantone und unabhängige, qualitativ gute Journalistinnen und Journalisten den deutlich übermässigen Prämienanstieg? Wir publizieren ihre Antworten gern in unserer nächsten Ausgabe.

Wir haben keine Kostenexplosion im schweizerischen Gesundheitswesen, sondern eine politisch verantwortete und gewollte, gut als Druckmittel einsetzbare Prämienexplosion.

Dass die Krankenkassen nicht erst seit 2017 deutlich mehr Prämien (4,5% Anstieg) als die effektiven Gesundheitskosten (1,7% Anstieg) einkassiert haben, belegt untenstehende Grafik.

Und noch ein Aspekt scheint uns sehr wichtig: Es darf keine Diskussion über die Kosten geben ohne gleichzeitige Betrachtung des Nutzens! Es wird geflüsterlich (oder bewusst?) übersehen,

dass der Nutzen einer Behandlung (zum Beispiel vollständige Genesung und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess) deren Kosten oft um ein Mehrfaches übersteigt. Die reine Betrachtung der Kosten und (noch schlimmer) der Fokus auf die Entwicklung der Prämien führt zu einem politisch motivierten Aktionismus, der meist zu mehr Administration und Ineffizienz und selten zur Einsparung von Kosten führt. Gerade die nun auch in der Schweiz angedachte Einführung eines Globalbudgets ist in den damit bereits konfrontierten europäischen Ländern definitiv kein Erfolgsmodell und führt nebst der Tendenz zu einer Zweiklassenmedizin zu einer grotesken Zunahme der Administration und somit zu (noch) weniger Zeit für den Patienten.

Die Situation in unserem qualitativ noch immer hervorragenden Gesundheitswesen und der Blick auf die steigenden Kosten ist legitim und automatisch auch Teil jeder seriösen therapeutischen Handlung. Durch die aktuelle politische Diskussion werden allerdings Tatsachen bewusst falsch dargestellt (Kostenentwicklung – Prämienentwicklung) mit dem Ziel, die Ökonomisierung weiter voranzutreiben und letztendlich ein Globalbudget und eine Staatsmedizin zu installieren.

Dr. med. Carlos Quinto
und Dr. med. Tobias Eichenberger

Die Gesundheitskosten «dämpfen» – nach Rezepten von Gesundheitsexperten

Eine vom Bundesrat Ende 2016 eingesetzte Expertengruppe hat Vorschläge zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen erarbeitet, die in einen Massnahmenkatalog eingeflossen sind. Ein erstes Paket ist Mitte September 2018 in die Vernehmlassung geschickt worden.

Die Gesundheitskosten sind seit den 1960er Jahren von knapp 2 Mrd. Franken im Jahr 1960 auf imposante 77,7 Mrd. Franken im Jahr 2015 gestiegen. Gründe dafür sind u.a. die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt. Dieser «Mechanismus» der ständig steigenden Kosten hat zu einer «Ökonomisierung der Medizin» bzw. zu einem einseitigen, kostenfixierten Blick auf die Medizin geführt, der den Druck auf die Politik erhöht hat, die Kosten zu stoppen bzw. in den Griff zu bekommen.

Hochkarätige Expertengruppe

Vor diesem Hintergrund hat das EDI Ende 2016 eine Gruppe von 14 Expertinnen und Experten aus Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz mit medizinischem und gesundheitsökonomischem Fachwissen eingesetzt, um möglichst rasch umsetzbare kostendämpfende Massnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vorzuschlagen. Die Expertengruppe hat Ende August 2017 einen Katalog mit 38 Massnahmen ausgearbeitet und dem Vorsteher des EDI, Bundesrat Berset, übergeben, worauf dieser – im Auftrag des (Gesamt-)Bundesrates – ein Kostendämpfungsprogramm ausgearbeitet hat, das in zwei Etappen (zwischen Herbst 2018 und Ende 2019) und in Form von zwei Paketen realisiert werden soll.

Erstes Paket in der Vernehmlassung

Das erste Massnahmenpaket hat der Bundesrat am 14.9.2018 verabschiedet und in die Vernehmlassung geschickt. Es enthält Vorschläge, die den Tarifpartnern weitere Instrumente zur Verfügung stellt, um das vorhandene Effizienzpotenzial auszuschöpfen. Dazu gehört u.a. ein Experimentierartikel, der es erlaubt, ausserhalb des Rahmens des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

(KVG) innovative, kostendämpfende Pilotprojekte durchzuführen. Denkbar sind Projekte zur einheitlichen Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen oder Versuche im Bereich der integrierten Versorgung.

Ausserdem soll ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Medikamente eingeführt werden. Für wirkstoffgleiche Medikamente soll ein maximaler Preis (Referenzpreis) festgelegt werden. Damit wird von der OKP nur noch der Referenzpreis vergütet. Um Tarifblockaden wie beim Arzttarif TARMED zu verhindern, soll ferner eine nationale Tariforganisation ins Leben gerufen werden. Pauschalen im ambulanten Bereich sollen gefördert und damit die Effizienz gesteigert werden. Damit die Kosten nur in dem Umfang steigen, wie sie medizinisch begründbar sind, werden Leistungserbringer und Versicherer verpflichtet, in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen Massnahmen vorzusehen, um ein ungerechtfertigtes Mengen- und Kostenwachstum zu korrigieren.

Ferner sollen die Leistungserbringer verpflichtet werden, den versicherten Personen jeweils eine Rechenkopie zu schicken. Dies ermöglicht eine bessere Rechenkontrolle von Seiten der Versicherten. Im Übrigen werden alle Tarifpartner zur Datenlieferung an den Bundesrat verpflichtet, damit dieser die eingereichten Tarifstrukturen genehmigen, bereits bestehende Tarifstrukturen anpassen oder Tarifstrukturen für alle Leistungserbringer in einem Bereich festlegen kann.

Die Verbände der Versicherer erhalten zudem neu ein Beschwerderecht bei Verfügungen der Kantone zur Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime. Die Vernehmlassung für das erste Massnahmenpaket dauert bis zum 14. Dezember 2018.

Bernhard Stricker, Redaktor Synapse

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
E-Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünfte, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, VR EMH

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, E-Mail: julian.mettler@hin.ch
www.fortbildungskalender-synapse.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

© 2018 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Dr. Karin Würz, Leiterin Marketing und Kommunikation
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 49, Fax 061 467 85 56
E-Mail: kwuerz@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 19.11.2018

printed in
switzerland



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Mit mehr Transparenz könnten über 20 Milliarden Franken an Gesundheitskosten eingespart werden

Die auf dem Expertenbericht beruhenden Vorschläge zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen wurden in dieser *Synapse* bereits vorgestellt. Es gibt allerdings Möglichkeiten, viel grössere Beiträge einzusparen, ohne Rationierung und ohne die Patienten- und Versorgungssicherheit zu gefährden. Auch das Problem der Arbeitskräfte könnte so gelindert werden.

Gerade wird wieder aus rein politischem Kalkül und mit Hilfe von (Krankenkassen-)Studien versucht, eine Ärzteschwemme zu suggerieren mit dem alleinigen Ziel, eine Zulassungssteuerung im Parlament nach dem Gusto der Versicherer zu realisieren. Dies könnte zu einem bösen Erwachen auf dem Boden der Realität führen, denn spätestens im Jahre 2025 wird gemäss einer Studie des Universitären Zentrums für Hausarztmedizin der Universität Basel die Talsohle an praktizierenden Ärzten erreicht. Mit einer Reduktion der administrativen Belastung würden wir weniger Ärzte, Apotheker, Physiotherapeuten und Pflegende benötigen. Wir hätten zudem motiviertere Ärzte, Apotheker, Physiotherapeuten und Pflegende, wenn sie sich alle wieder mehr, ihrer ursprünglichen, inneren Berufsmotivation folgend, um die Patienten kümmern könnten. Stattdessen müssen sie auf Grund von Kontroll- und Evaluationsbedürfnissen primär von Versicherer- und sekundär von Behördenseite Berge von unnützen Daten erfassen. Nicht zu vernachlässigen, dass Versicherer und Behörden auch wiederum Unmengen von Personal benötigen, um diese unnütze Arbeit zu leisten. Bezahlt wird alles vom Prämien- und Steuerzahler. Bei der Einreichung eines wissenschaftlichen Projektes gilt, dass für die Evaluation desselben höchstens 10% der Gesamtmittel aufgewendet werden dürfen. Versicherer und Behörden führen heute dazu, dass beispielsweise im stationären Bereich Ärztinnen und Ärzte und weitere Medizinal- und Gesundheitsberufe 80% ihrer Arbeitszeit für die Evaluation aufwenden müssen. Die Erfassung des Tupfers kostet mehr als der Tupfer selber und ist wegen des ökonomischen

Denkens der Spitalführungsetzungen wichtiger als der Patient – so jedenfalls die Rückmeldungen, die wir von Patientinnen und Patienten und Angehörigen hinsichtlich vieler Spital- und Pflegeheimaufenthalte in unserer Praxis erhalten. Dabei basierte ein effizientes und gutes Gesundheitswesen (für den stationären Bereich) auf einer ganz einfachen Logik: Das Kerngeschäft ist ein ärztliches und/oder ein pflegerisches. Behandeln Spitäler und Heime ihre Angestellten gut und wertschätzend, dann werden die Angestellten die Patientinnen und Patienten gut und wertschätzend behandeln. Einige wenige Institutionen im stationären Bereich haben dies erkannt und die Prioritäten entsprechend richtig gesetzt. Diesen können wir unsere Patientinnen und Patienten ruhigen Gewissens zuweisen.

Gekaufte Politiker?

Die Krankenkassenprämien sind relativ um 50% mehr gestiegen als die effektiven Gesundheitskosten seit 1996. Die Allgemeinheit könnte hunderte von Millionen Franken an Prämiengeldern einsparen, welche für CEO-Gehälter, Makler, Werbung und im 5- bis 6-stelligen Bereich an Politiker bezahlt werden. Bei der «Pseudobeschäftigung», aber realen Bezahlung von Politikern ist die Gruppe Mutuel (gemäss Fernsehreportage des RTS) einsame Spitze, ebenso bei der Patientenfreundlichkeit – nur in der gegenteiligen Richtung. Das Bezahlen gewisser Politiker im Parlament und Risikoselektion bei den Patientinnen und Patienten sind als Geschäftsmodell offensichtlich weiterhin das Erfolgsrezept. Die Krankenkassen sollten offenlegen, welchen Parteien und welchen Politikern sie den Wahlkampf finanzieren oder zumindest die Parteien und Politiker sollten dies tun. Die Geldflüsse sollten nicht über irgendwelche «Consulting»-Mandate und -Firmen vernebelt werden. Wenn die Politik im Heilmittelgesetz eine Toleranz von 300 Franken pro Jahr an geldwerten Vorteilen als Limite zur Vermeidung von Korruption setzen will, können wir gut damit leben, wenn alle

Politikerinnen und Politiker wie auch die Parteien dieselben Massstäbe auf sich anwenden: Wasser predigen und Wein trinken? Die Mehrzahl der Politikerinnen und Politiker scheint dennoch anständig zu sein: Gemäss Professor Pieth, einem national und international ausgewiesenen Experten für Korruption, sind «nur» 70 Parlamentarierinnen und Parlamentarier des eidgenössischen Parlaments von der Tabakindustrie gekauft. Mit Werbung lassen sich zudem die Medien kaufen. 4 Milliarden CHF geben die Versicherer gemäss Recherchen von Herrn Argay, Apotheker, jährlich für Werbung aus (Leserbrief Sept. 2018). Wie neutral und unabhängig sind die Medien angesichts dieser Gelder?

«Attention, ce parlement peut nuire à votre santé!»

Es kommt noch besser: Eine der besten Sendungen punkto Recherchierjournalismus lieferte diesen September das Westschweizer Fernsehen (RTS). In dieser Sendung wurde aufgezeigt, dass, von einer einzigen Ausnahme abgesehen, dieselben Politiker, die schon von den Krankenkassen finanziert werden, gleichzeitig in den parlamentarischen Abstimmungen die Interessen der Tabak- und Junkfood-Industrie vertreten. Und dies wohl kaum zum Nulltarif! Die RTS-Sendung vom 6.9.2018 sei allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern wärmstens empfohlen (1), um die «Krankheitsverkäufer» im Parlament kennenzulernen, wie sie von einem ehemaligen Kantonsarzt in der *Schweizerischen Ärztezeitung* dieses Jahr genannt wurden.

Sollte man die Gesundheitskommission im Parlament korrekterweise besser als Krankheitskommission bezeichnen? Die Tabak- und die Junkfood-Industrie verursachen jährlich direkt mindestens 20 Milliarden Franken an Gesundheitskosten, von den indirekten und immateriellen Kosten gar nicht erst zu sprechen. Aber unser Parlament, wie die Fernsehreportage zeigt, unterstützt lieber internationale, nicht schweizerische Konzerne, die auf Kosten unserer Gesundheit viel Geld verdienen. Das

Parlament setzt auf die Selbstregulation der Tabakindustrie, die notorisch seit 1953 nie funktioniert hat, weder im Inland noch im Ausland. Die Strategie «Zweifel säen» (Quelle: Naomi Oreskes: «Merchants of Doubt»), obwohl längst bekannt, wird von Schweizer Parlamentariern respektive von denjenigen, die Musterschüler der Tabakindustrie sind, ohne Gewissensregung weiter praktiziert. Die Erkrankten sollen aber die Behandlung selber zahlen respektive die Solidargemeinschaft. Und diese Behandlung soll dann nach Möglichkeit qualitativ top sein, aber nichts kosten. Vor so viel Doppelmoral, die die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen opfert nur des eigenen Geldbeutels wegen, wie

die Fernsehsendung der RTS gut dokumentiert, sind wir sprachlos.

Kontraproduktive Zeitlimitationen

Zu guter Letzt noch zu einem der grösseren Eigengoals von 2018: Es liesse sich Geld sparen, wenn wie der Präsident der SAMW in der *Schweizer Illustrierten* beklagt, sich die Ärzte genug Zeit nehmen würden für das Gespräch mit dem Patienten. Dem stimmen wir zu: Es braucht mehr Zeit in der hausärztlichen Sprechstunde zu erklären, warum kein MRI notwendig ist, als eines zu verordnen. Aber wer hat auf Vorschlag der Versicherer die Zeitlimitationen eingeführt, die Kinder, ältere Menschen, psychisch Kranke und multimorbide Patienten sowie Men-

schen mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten systematisch benachteiligen? Der Vorwurf der SAMW sollte sich somit nicht an die Ärzteschaft richten, sondern an diejenigen, die die Zeitlimitationen eingeführt haben. Aber eben: Der Hund beisst nicht die Hand, die ihn füttert.

In der Hoffnung, dass sich ein paar Leute mehr kritische Fragen stellen.

Dr. med. Carlos Quinto, MPH

(1) <https://pages.rts.ch/emissions/temps-present/9732471-attention-ce-parlement-peut-nuire-a-votre-sante.html>

Globalbudget

Globalbudget im Gesundheitswesen: unvermeidlich?

Vor kurzem noch undenkbar, heute in aller Munde: die Einführung eines Globalbudgets im Gesundheitswesen. Wie kommt das? Explodieren die Gesundheitskosten, wie das immer wieder behauptet wird? Oder liegt das Problem woanders? Und was soll man tun? Eine Standortbestimmung.



Markus Trutmann

Politische Agenda

Auf dem Sorgenbarometer von Herrn und Frau Schweizer stehen die Gesundheitskosten an der Spitze. Für viele Haushalte ist die Prämienlast erdrückend geworden. So

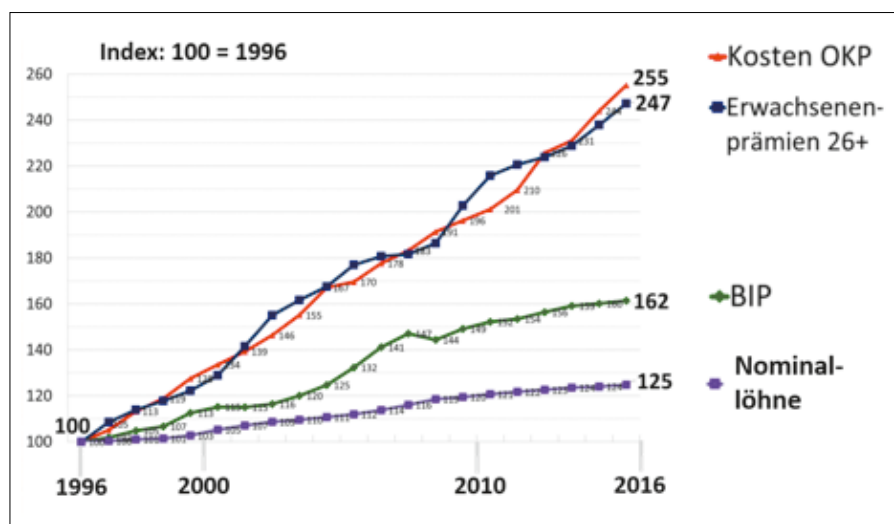
ist es nicht weiter überraschend, dass die politischen Parteien die Gesundheitskosten zum Top-Thema des Wahlkampfes 2019 machen. Die Christlichdemokratische Volkspartei (CVP) wird im Oktober 2018 die «Kostenbremse-Initiative» lancieren. Damit will sie den Bundesrat ermächtigen, Kostenbegrenzungsmaßnahmen zu ergreifen. Die Sozialdemokratische Partei (SP) lanciert ihrerseits eine Initiative, um die Krankenkassenprämien auf 10 Prozent des Haushaltseinkommens zu begrenzen. Eine weitere, vom linken Lager lancierte Initiative will den Kantonen die Oberhoheit über die Krankenkassenprämien geben. Es handelt sich faktisch um die kantonale Variante der Einheitskasse. Die FDP-Die Liberalen hält sich bisher be-

deckt. Es ist aber denkbar, dass sie sich ebenfalls, in irgendeiner Form, für eine Kostendeckelung aussprechen wird. Von den grossen Parteien lehnt einzig die Schweizerische Volkspartei (SVP) das Globalbudget ab. Allerdings verlangen parlamentarische Vorstösse einzelner SVP-Vertreter ebenfalls die Kostendeckelung mit einem Globalbudget. Last but not least prüft auch der Bundesrat die

Einführung von verbindlichen Zielvorgaben, sprich eines Globalbudgets.

Ökonomische Realität

Wer nun hofft, die Kostendiskussion sei bloss ein Wahlkampfthema und werde nach den Wahlen 2019 verschwinden, muss leider enttäuscht werden. Die Finanzierbarkeit der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) stösst



Entwicklung der OKP-Kosten und Erwachsenenprämien versus BIP und Löhne, 1996–2016 [1].

auch objektiv betrachtet an ihre Grenzen. Die Gesundheitskosten explodieren zwar nicht, wie das immer wieder behauptet wird, aber sie steigen seit Jahren kontinuierlich an. Gleichzeitig besteht bei den mittleren und unteren Einkommen weitgehend ein Stillstand. Deshalb nimmt die Diskrepanz zwischen Kosten und Finanzierbarkeit zu, und dies trotz massiver Prämienverbilligungen durch Bund und Kantone (Abb. 1). Diese Diskrepanz dürfte sich noch weiter verschärfen, falls die Prämienverbilligungen weiterhin gekürzt werden, wie dies einige Kantone bereits gemacht haben oder noch beabsichtigen. Mit anderen Worten: Die Finanzierbarkeit der OKP wird uns noch lange Zeit beschäftigen. Und damit auch die Option eines Globalbudgets.

Erfahrungen mit dem Globalbudget

Aber wäre ein Globalbudget etwas Schlimmes? Es hat sich doch bewährt, behaupten dessen Befürworter, und verweisen auf die Erfahrungen in Deutschland oder anderen Ländern. Als Vorzeigebispiele gelten auch die in den Kantonen Genf, Waadt und Tessin für den stationären Bereich eingeführten Globalbudgets. Die Antwort lautet: Theoretisch ist das Globalbudget das einfachste und sicherste Mittel, um die Ausgaben zu be-

grenzen. Praktisch erweist es sich jedoch als Bürokratiemonstrum, das für die Patienten mit vielen Nachteilen verbunden ist wie z.B. langen Wartezeiten und Versorgungsengpässen. Die Verwaltung des Globalbudgets durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland ist hochgradig intransparent und damit korruptionsanfällig. Obendrein erweist sich die Kostenkontrolle durch das Globalbudget als Illusion, denn Globalbudgets werden oft umgangen. Unsere deutschen Kollegen warnen eindringlich davor, den Fehler, den Deutschland mit der Einführung eines Globalbudgets begangen hat, nicht zu wiederholen. Diese Botschaft sollten wir in der Schweiz ernst nehmen.

Was tun? Die Position der FMCH

Die FMCH lehnt die Einführung eines Globalbudgets im schweizerischen Gesundheitswesen entschieden ab. Sie setzt sich stattdessen dafür ein, dass das Potenzial der *Rationalisierung* im Gesundheitswesen voll ausgeschöpft wird. Die FMCH ist bereit, in dem ihr zustehenden Verantwortungsbereich an der Gestaltung kostendämpfender Massnahmen mitzuwirken. Dazu zählen folgende Themenbereiche:

- Entwicklung von *ambulanten Leistungspauschalen* [2];

- Förderung der *Qualitätssicherung*, insbesondere der *Indikationsqualität* [3];
- Förderung von *Health Technology Assessments* (HTAs) durch Mitwirkung im Swiss Medical Board (SMB);
- Unterstützung des sogenannten *Schweizer Ärzteides* [4].

Eine Dämpfung des Kostenanstiegs wird nur dann gelingen, wenn alle Akteure Verantwortung übernehmen und ihre jeweiligen Zuständigkeitsbereiche einer kritischen Prüfung unterziehen. Auf diese Weise kann die *ultima ratio* eines Globalbudgets abgewendet werden. Die Einführung eines Globalbudgets wäre der Ausdruck eines kollektiven Versagens der Gesundheitsbranche. So weit sollten wir es in der Schweiz nicht kommen lassen.

Dr. med. Markus Trutmann

Dr. med. Markus Trutmann ist
Generalsekretär der FMCH

Referenzen

- 1 Preisüberwacher. Jahresbericht 2017, Seite 730.
- 2 Trutmann M. Ambulante Tarife: der Beitrag der FMCH. Synapse 2017;5:17–8.
- 3 Vgl. laufende KVG-Revision (15.083) zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, insbesondere Artikel 58i Absatz 1 Buchstabe h.
- 4 Egger B et al. Der «Schweizer Eid». Schweiz Ärztztg 2017;98(40):1295–7.

Interview mit Dr. med. Jürg Schlup

«Wir befürworten Massnahmen, die die Effizienz steigern, ohne die Patientenversorgung zu beeinträchtigen»

Synapse: Ende 2016 hat das EDI eine Gruppe von 14 Expertinnen und Experten eingesetzt, um möglichst rasch umsetzbare kostendämpfende Massnahmen zur Entlastung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vorzuschlagen. Diese Expertengruppe hat einen Katalog mit 38 Massnahmen ausgearbeitet und ihn Ende August 2017 einstimmig verabschiedet. Wie bewerten Sie diesen Massnahmenkatalog?



Jürg Schlup

Dr. med. Jürg Schlup: Die FMH hat zu diesen 38 Massnahmen gegenüber dem Gesamtbundesrat Anfang 2018 schriftlich Stellung genommen. Dabei haben wir viele Massnahmen unterstützt und ausserdem einige zusätzliche vorgeschlagen. Nur wenige Massnahmen haben wir klar abgelehnt, vor-

allem die Einführung eines Globalbudgets. Denn einem begrenzten Budget folgen zwangsläufig begrenzte Leistungen. Es ist nicht zu rechtfertigen, den Versicherungsanspruch der Patienten auszuhebeln und die Versorgung zu rationieren, solange ineffiziente Strukturen und ein unzulängliches Finanzierungssystem fortbestehen.

Wir befürworten stattdessen Massnahmen, die Effizienz steigern, ohne die Patientenversorgung zu beeinträchtigen. Einige der 38 Massnahmen weisen eine

solche Stossrichtung auf: Zum Beispiel eine überregionale Spitalplanung oder die Lösung der Governance-Probleme der Kantone. Auch den geforderten Abschluss von Spitälern, die mengenbezogene Boni bezahlen, von den Spitalisten begrüssen wir. Oft bleibt der Expertenbericht aber leider hinter den Möglichkeiten zurück. So fordert er nicht konsequent eine einheitliche Finanzierung, obwohl diese jährlich etwa drei Milliarden Franken Effizienzgewinne brächte. Stattdessen fordert er grundsätzlich ein

«stärkeres Eingreifen» und eine «Gesamtsteuerung» durch den Staat. Dieser planwirtschaftliche Ansatz scheint uns nicht geeignet, um die Effizienz zu erhöhen.

Im Frühling 2018 hat der Bundesrat auf der Basis dieses Expertenberichtes ein erstes Paket von 12 Kostendämpfungsmassnahmen beschlossen. Wie bewerten Sie dieses erste Massnahmenpaket? Ist die Priorisierung dieser 12 Massnahmen aus Ihrer Sicht sinnvoll und nachvollziehbar?

Der Bundesrat hat nur 9 der 38 Massnahmen des Expertenberichtes priorisiert. Insgesamt sind es 12 Massnahmen, weil das EDI selber drei zusätzliche Vorschläge gemacht hat.

Inhaltlich ist die Priorisierung aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar. Von den 15 im Expertenbericht als «unmittelbar umsetzbar» ausgewiesenen Massnahmen wurden lediglich drei priorisiert. Eine simple Massnahme, wie der Ausschluss von Spitälern mit mengenabhängigen Boni von den Spitalisten, wird nicht priorisiert, obwohl Ärzteschaft und Bevölkerung Boni seit Jahren kritisieren. Auch viele weitere als «unmittelbar umsetzbar» ausgewiesene Massnahmen wurden nicht priorisiert, wie z.B. eine grossräumigere Spitalversorgungsplanung, die Stärkung der Gesundheitskompetenz oder die Förderung von HTA und medizinischer Boards.

Am auffälligsten ist jedoch, dass der Bundesrat fast ausschliesslich Massnahmen priorisiert hat, die den Tarif betreffen. Obwohl im Expertenbericht nur acht der 38 Massnahmen den «Tarifbereich» betreffen, wurden davon sechs priorisiert, also fast alle. Zum Vergleich: Von den ebenfalls acht Massnahmen zum «Arzneimittelbereich» wurde nur eine priorisiert. Und von den viel zahlreicheren, nämlich 14 Massnahmen, die den «Versorgungs- und Leistungsbereich» betreffen, wurde ebenfalls nur eine (!) priorisiert. Man kann sich hier also durchaus fragen, ob der Bundesrat nun den Expertenbericht heranzieht, um die von ihm bereits eingeleitete Entwicklung hin zu einem Staatstarif voranzutreiben.

Wie ist Ihrer Meinung nach die Expertengruppe mit dem Thema Globalbudget umgegangen (auch wenn es im Massnahmenkatalog nicht explizit genannt wird)?

Das BAG hatte – schon als es die Einberufung der Expertengruppe ankündigte – festgelegt, dass «Steuerungsinstrumente bei den Budgets oder der Menge der zu

erbringenden Leistungen» im Fokus stehen sollten. Insofern verwundert es jetzt auch nicht, dass der Bericht als zentrale Massnahme die Einführung eines Globalbudgets vorsieht – auch wenn man es lieber nicht so nennt. Das Wort «Globalbudget» führt automatisch zur Frage: Was passiert, wenn das Budget aufgebraucht ist? Weil diese Frage für die Politik sehr unangenehm ist, wenn eine Budgetierung durchgesetzt werden soll, spricht die Politik lieber von «einer verbindlichen Zielvorgabe für das OKP-Kostenwachstum». Unter dem Strich ist dies aber dasselbe: Die Politik legt eine Kostenobergrenze fest, die wir Ärzte umsetzen müssen, und begrenzt damit den Versicherungsanspruch des Patienten.

Welches ist die Position der FMH zum Globalbudget? Und welche Lehren ziehen Sie aus den Erfahrungen des Auslandes mit dem Globalbudget?

Es sprechen sehr viele Gründe gegen ein Globalbudget. Am stossendsten scheint mir, dass künftig der Staat planwirtschaftlich den Umfang von Behandlungen bestimmen soll – und nicht mehr der Arzt gemeinsam mit dem Patienten. Bereits heute verlangt ja das KVG Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und auch die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung. Hier könnten wir uns sicher noch verbessern, z.B. mit Hilfe der – leider vom Bundesratspaket nicht priorisierten – Stärkung von HTAs. Aber Behandlungen zukünftig an einem politisch festgelegten Budget ausrichten zu müssen und im Zweifelsfall zu rationieren, verbessert weder Effizienz noch Qualität – sondern setzt im Gegenteil Fehlanreize.

Länder mit Globalbudgets konnten ihre Gesundheitsausgaben zudem nicht reduzieren. Die Niederlande haben sich dem Schweizer Ausgabenniveau sogar stark angenähert, trotz Einschränkungen der freien Arztwahl. Gleichzeitig werden die Verwaltungskosten einer solchen Budgetierung nie ausgewiesen. Erzielt ein Globalbudget in der Versorgung mehr Einsparungen, als es an Verwaltungsarbeiten kostet? Dies ist nicht plausibel, wenn man z.B. die personellen Ressourcen betrachtet, die in Deutschland für die Budgetverteilung benötigt werden.

Von deutschen Ärzten kennen wir u.a. das Problem, dass sie genau rechnen müssen, wie viele Patienten sie «sich leisten» können. Dies setzt Fehlanreize: Patienten mit einem hohen Behandlungsaufwand belasten das Budget des Arztes besonders. Hat ein Arzt zu viele

dieser Patienten, drohen ihm hohe Rückzahlungen, wenn er sie adäquat behandelt. Auch die Wartezeiten sprechen für sich. Zum Beispiel mussten gemäss einer Studie die von der Budgetierung betroffenen Grundversicherten in Nordrhein-Westfalen auf Termine beim Augenarzt oder Radiologen 38 bzw. 42 Tage warten – Privatpatienten hingegen nur 5 Tage. Diese grossen Unterschiede machten die Zweiklassenmedizin zum deutschen Wahlkampfthema 2017. Zur Frage, wie man das deutsche System gerechter machen könnte, sagte der Vorsitzende der deutschen Kassenärzte in einem Interview: «Ganz einfach: Man sollte die Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung aufheben.» Auch beim Globalbudget gilt: Wir sollten nicht dieselben Fehler wie unsere Nachbarn machen, 20 Jahre später als diese.

Seit dem 1.1.2018 gilt die vom Bundesrat mit subsidiärer Kompetenz eingesetzte, zweite national einheitliche Tarifstruktur TARMED. Welches ist die Position der FMH dazu? Und welche Erfahrungen haben Sie seit der Einführung des neuen Tarifs gemacht?

Die FMH arbeitet intensiv und unter grösstem Ressourceneinsatz an einem partnerschaftlichen Tarifvorschlag. Für uns ist es entscheidend, die Tarifautonomie zurückzugewinnen.

Der Tarifeingriff hat den TARMED nochmal komplexer gemacht und für alle Beteiligten schwerer verständlich. Durch diese Unklarheiten hatten wir bei der FMH Anfang 2018 über 3000 Anfragen von Ärztinnen und Ärzten. Die offenen Interpretationsfragen führen zudem zu Streitigkeiten mit den Versicherungen und insgesamt zu einem zusätzlichen Anstieg der administrativen Belastung. Auswirkungen, wie z.B. die Probleme der Handchirurgen und der Kinderspitäler, waren ja in der Presse nachzulesen. Eine besonders schlimme Erfahrung ist, dass viele Ärzte wegen der neuen Zeitlimitationen bei einigen Patienten Probleme haben, sie so zu behandeln, wie es erforderlich wäre. Der Bundesrat hat ja die Zeit beschränkt, die eine Konsultation dauern darf, und auch die Zeit, die ein Arzt für einen Patienten in dessen Abwesenheit tätig sein darf. Dies benachteiligt vor allem Kinder, ältere und multimorbide Patienten sowie Menschen mit seltenen oder psychischen Erkrankungen. Den Anspruch des Patienten auf eine Pflichtleistung durch Tariflimitationen zu beschränken, ist unseres Erachtens auch gesetzlich unzulässig.

Was halten Sie grundsätzlich vom Vorschlag der einheitlichen Finanzierung (EFAS) von ambulanten und stationären Leistungen? Und was von der Version der SGK-N, die derzeit in der Vernehmlassung ist?

Wir fordern nachdrücklich die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen und unterstützen die Vorlage der SGK-N grundsätzlich. Der Grund liegt auf der Hand: Wenn wir immer mehr Behandlungen ambulant durchführen statt wie bislang stationär – und damit insgesamt kostengünstiger –, darf dies den Prämienzahler zum Schluss nicht *mehr* Geld kosten als zuvor. Dies ist aber heute zwangsläufig der Fall, weil stationäre Behandlungen überwiegend steuerfinanziert und ambulante Behandlungen ausschliesslich prämiens-finanziert sind. Damit die *kostensparende* Verlagerung in den ambulanten Bereich nicht zu *höheren* Prämien führt, müssen ambulante und stationäre Behandlungen einheitlich finanziert werden. Nur so können die Einsparungen im stationären Bereich an den Prämienzahler weitergegeben werden.

Wie hoch ist Ihrer Meinung nach das Sparpotenzial von integrierten Versorgungsnetzen (Managed Care)?

Ich bin kein Gesundheitsökonom, aber natürlich kenne ich Studien, die ein bemerkenswertes Sparpotenzial ausweisen. Diese Einsparungen entstehen vielfach durch die Vermeidung von Hospitalisierungen. Mit EFAS könnten die in entsprechenden Versicherungsmodellen erzielten Einsparungen vollständig an die Versicherten weitergegeben werden: Die Prämien würden günstiger. Neben dem Sparpotenzial von einer Milliarde, das laut PwC die stärkere Verlagerung von stationär nach ambulant birgt, ermöglicht gemäss Helsana die Stärkung der integrierten Versorgung zwei weitere Milliarden Effizienzgewinne. Hier liesse sich also ein hohes Einsparpotenzial realisieren, ohne – wie z.B. mit einem Globalbudget – die Patientenversorgung zu beschränken.

Die FMH hat in den letzten Jahren immer wieder betont, dass es noch ein grosses ungenutztes Effizienzpotenzial gebe. Wie hoch schätzen Sie dieses Potenzial? Und mit welchen Massnahmen könnte dieses Ziel erreicht werden?

Alleine das Potenzial, das sich mit der einheitlichen Finanzierung realisieren liesse, liegt gemäss den oben zitierten Zahlen bei bis zu drei Milliarden Franken im Jahr. Ein schwierig zu bezifferndes, aber hohes Sparpotenzial liegt in der überregionalen Spitalplanung. Wenn heute bereits immer mehr Hospitalisierungen ausserkantonale erfolgen und wir ohnehin immer mehr ambulant behandeln, müssen wir unsere Strukturen anpassen! Dem stehen vielfach aber die Mehrfachrollen der Kantone im Weg: Diese anzugehen, wäre eine wichtige Aufgabe der Politik. Grosses Effizienzpotenzial birgt auch die administrative Belastung der Ärztinnen und Ärzte, die trotz des bereits hohen Niveaus weiter zunimmt. Alleine der Mehraufwand für Patientendossiers erfordert jedes Jahr an Spitälern 100 neue ärztliche Vollzeitstellen. Und auch bei den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten wächst die administrative Belastung. Der Expertenbericht geht diesen grossen Kostenfaktor nicht an. Im Gegenteil: Zum Beispiel das Globalbudget wäre ein Bürokratiemonster, wenn wir zukünftig – wie in Deutschland – für Jahre zurückliegende Behandlungen begründen müssten, warum – was – wie – in welchem Umfang nötig war.

Die Politik versucht seit Jahren, eine Kostendämpfung mittels Regulierung der Ärztezahl zu erreichen (Zulassungsbeschränkung). Was halten Sie davon? Gibt es Ihrer Meinung nach eine Korrelation zwischen Ärztedichte und ärztlichen Leistungen (= Kosten)?

Gemäss dem Ausgabenreport der Helsana «ist die Ärztedichte als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet», weil «zwischen Ärztedichte und ärztlichen Leistungen am Patienten keine Korrelation besteht». Die Anzahl der Ärzte ist auch wenig aussagekräftig, wenn immer mehr Teilzeit gearbeitet wird. Die FMH setzt sich stattdessen für eine Zulassung über einfach messbare, aber wirksame und unbürokratische Qualitätskriterien ein.

Die Begründung der Politik, eine Zulassungsbeschränkung solle Kosten dämpfen, ist auch unehrlich: Die stärkste Kostenzunahme hat in den letzten 20 Jahren im spitalambulanten Versorgungssektor stattgefunden, in dem Zulassungsregelungen nicht angewendet werden.

Zum Schluss zwei grundsätzliche Fragen: Braucht das Schweizer Gesundheitswesen Ihrer Meinung nach mehr (staatliche) Steuerung oder mehr Wettbewerb?

Unser Gesundheitswesen ist ein regulierter Markt, also ein ausgewogenes System zwischen Markt und Regulierung. Die spezielle Herausforderung ist, diese beiden Seiten gut auszubalancieren; dies ist gemäss Umfragen auch der Wunsch der Bevölkerung. Bis vor einigen Jahren ist diese Balance meines Erachtens gut gelungen.

In den letzten Jahren sehen wir aber leider eine deutliche Tendenz in Richtung einer Verstaatlichung. Bereits im Strategiepapier «Gesundheit2020» des Bundesrates kam die Überbewertung des Staates als Steuerungsinstanz zum Ausdruck. Die staatliche Tarifpolitik und die Diskussionen um die Einführung eines Globalbudgets fügen sich ebenfalls in dieses Bild. Solche einfachen Rezepte werden den komplexen Herausforderungen aber kaum gerecht. Die FMH setzt stattdessen auf Kostendämpfungs-massnahmen, die Fehlanreize reduzieren und Rahmenbedingungen verbessern – das klingt weniger sexy, ist für unser Gesundheitswesen aber zielführender.

Braucht das Schweizer Gesundheitswesen einen grundsätzlichen Systemwechsel, oder genügen punktuelle Eingriffe im bestehenden System (z.B. Effizienzsteigerung)?

Die Bevölkerung ist sehr zufrieden mit unserem Gesundheitswesen und wünscht keine tiefgreifenden Änderungen. Auch in internationalen Rankings schneiden wir mit unserem guten Zugang und der hohen Qualität der Versorgung sehr gut ab. Darum sind gezielte Verbesserungen einem Systemwechsel vorzuziehen. Beispiele dafür wären die einheitliche Finanzierung, eine überkantonale Spitalversorgung und ein Abbau der administrativen Belastung.

Dr. med. Jürg Schlup ist Präsident der FMH

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Redaktor *Synapse*

«Die Schweiz hat im Bereich der Patientensicherheit nach wie vor grossen Handlungsbedarf»

Synapse: Sie gehörten einer Gruppe von 14 Expertinnen und Experten an, die das EDI Anfang 2017 beauftragt hat, möglichst rasch umsetzbare kostendämpfende Massnahmen zur Entlastung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu erarbeiten, und die Ende August 2017 einen Katalog mit 38 Massnahmen verabschiedet hat. Wie haben Sie die Arbeit in dieser Gruppe erlebt? Gab es Themen, bei denen man sich nicht einigen konnte? Und welchen Einfluss hatten die Experten aus dem Ausland?



Dieter Conen

Prof. Dieter Conen: Der Auftrag des Bundesrates war es, dass die Expertengruppe anhand einer Analyse internationaler Erfahrungen zur Steuerung des Mengenwachstums Instrumente zur Beeinflussung des Mengenwachstums vorschlägt, die von den Tarifpartnern oder subsidiär von den Tarifgenehmigungsbehörden eingesetzt werden können. Auch Instrumente, die Änderungen des regulatorischen Rahmens notwendig machen, sollen in die Überlegungen einbezogen werden. Weitere Massnahmen zur Vermeidung unnötiger Leistungen konnten ebenfalls vorgeschlagen werden.

Die Arbeit war trotz des gedrängten Zeitplans konstruktiv, zielorientiert und der Sache und dem Auftrag verpflichtet. In den offen geführten Diskussionen wurden die Vorschläge und Erfahrungen vor dem Hintergrund der individuellen Expertisen der Mitglieder der Expertengruppe ausdiskutiert, so dass daraus die insgesamt 38 Massnahmen resultierten, die letztlich einstimmig verabschiedet wurden.

Die Erfahrungen der ausländischen Experten wurden angehört und kritisch hinterfragt. In die Entwicklung des Massnahmenkatalogs und den Entscheidungsprozess waren diese nicht eingebunden.

Im Frühling 2018 hat der Bundesrat dann auf der Basis des Expertenberichtes ein erstes Paket von 12 Kostendämpfungsmassnahmen beschlossen. Wie bewerten Sie dieses erste Massnahmenpaket? Ist die Priorisierung dieser 12 Massnahmen aus Ihrer Sicht sinnvoll und nachvollziehbar? Oder hätten Sie andere Prioritäten gesetzt?

Grundsätzlich ist hierzu zu sagen, dass die von den Experten vorgeschlagenen

Massnahmen ja nicht alle neu waren, sondern schon parlamentarisch, in der Presse und zum Teil auch in der Öffentlichkeit diskutiert wurden. Aber es hatte wie so oft an der Umsetzung, an einer breit abgestützten Bereitschaft, Massnahmen zur Mengenreduktion tatsächlich umzusetzen. Der Bundesrat hat bis auf den Experimentierartikel Massnahmen gewählt, die grundsätzlich rasch angehenbar sind ohne grösseren gesetzlichen Anpassungsbedarf. Entscheidend ist, dass eine Veränderung eingefordert wird, und hier hat der Bundesrat eine Führungsrolle übernommen.

Welchen Stellenwert hatte das Thema Globalbudget in der Expertengruppe (auch wenn es nicht explizit genannt wird)?

Die nationalen Erfahrungen mit Globalbudgets in den Kantonen Genf, Tessin und Waadt wurden diskutiert, und man konnte aufgrund der Entwicklung der OKP-Ausgaben pro Kopf im stationären Bereich feststellen, dass diese 2005–2011 um 0,8% und von 2012–2015 um 0,2% gestiegen sind. Es gibt zwar plausible Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Globalbudget und Unterschieden in der Ausgabenentwicklung, aber es ist keine definitive kausale Aussage möglich. Erwähnenswert ist allenfalls, dass der Kanton Waadt die dritthöchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf in der Schweiz hat.

Der Auslandsvergleich hat gezeigt, dass die Nachbarländer, insbesondere auch die Niederlande, in unterschiedlicher Form und Verbindlichkeit eine politisch definierte Zielgrösse für das Kostenwachstum kennen. Letztlich spiegelt eine solche Zielgrösse, dass nicht unbeschränkt Mittel vorhanden sind und immer ein Abwägen zwischen verschiedenen Zwecken notwendig ist. Verbindliche Zielvorgaben inklusive Korrekturmassnahmen sollen eine bisher nicht vor-

handene Kostensteuerung aus einer Gesamtsicht vornehmen. Am regulierten Wettbewerb, an den aktuellen Kompetenzen und Zuständigkeiten soll so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig geändert werden. Das heisst auch: Das Anreizsystem muss verbessert werden. Die Zielvorgabe ist ein neues Konzept, das bis jetzt weder rechtlich noch inhaltlich definiert ist.

Die Herausforderungen werden sein: die Bestimmung des gesellschaftlich akzeptierten Wachstums, die Wahl der Orientierungsgrösse, z.B. Wachstumsrate nominales Potenzial – BIP (2,7%), Fortschritt der Arbeitsproduktivität (1,2%/Jahr), Wachstum der Erwerbsbevölkerung (ca. 0,5%), Inflation ca. 1%/Jahr. Denkbar wäre beispielsweise ein schrittweises Vorgehen von aktuell 4 auf 3,3%. Als Korrekturfaktoren könnten z.B. der medizinisch-technische Fortschritt, die demographische Entwicklung, epidemiologische Veränderungen oder Qualitätsvorgaben in die jeweiligen Verhandlungen über die Zielgrössenfestsetzung einfließen. Dazu gilt es, ein Herunterbrechen auf die OKP-Kostenblöcke, auf die 26 Kantone und auf die Leistungserbringer zu bedenken. In welcher Periodizität werden Zielgrössen angepasst, welche Sanktionsmassnahmen gibt es bei Zielverfehlung?

Eine substantielle Verbesserung der Gesundheits- und OKP-Daten ist unumgänglich; dazu braucht es Detailkenntnisse des Effizienzsteigerungspotenzials, die nur über eine Versorgungsforschung zu erreichen sind.

Welches sind derzeit die aktuellsten Themen bei der Stiftung Patientensicherheit Schweiz?

In den letzten 13 Jahren wurde dank der Arbeit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz einiges für die Patientensicherheit getan. Die systemische Fehlbarkeit der Gesundheitsversorgung wird heute

offen thematisiert. Die Führung – sowohl die operative und strategische der Leistungserbringer wie auch die politische – hat dabei eine entscheidende Rolle inne. Fehlermeldesysteme, teambasiertes Lernen, Modellprogramme sowie die Elimination von Sicherheitsbarrieren durch Prozessanpassungen sind wichtige Bausteine für ein sichereres Gesundheitssystem. Die Stiftung hat sich zu einem anerkannten Kompetenzzentrum entwickelt, das darauf abzielt, Sicherheitsprobleme zu analysieren, aufzuarbeiten und mit geeigneten Instrumenten eine verbesserte Patientensicherheit zu erreichen. Die Stiftung arbeitet eng mit Leistungserbringern und weiteren Stakeholdern im Gesundheitswesen zusammen. Sie genießt eine hohe Akzeptanz, die auf ihrer Unabhängigkeit und der wissenschaftlich unterlegten praktischen Arbeit beruht.

Das Stiftungsbudget liegt heute bei etwa 2,5–3 Mio. CHF/Jahr. Eine substantielle Grundfinanzierung von Patientensicherheit Schweiz ist eine unabdingbare Voraussetzung, damit die Stiftung ihre Aufgabe weiterhin wahrnehmen kann. Im Vergleich zur Patientensicherheit werden beispielsweise für die Verkehrssicherheit im Jahr zirka 3 Mia. CHF ausgegeben. Ohne gesicherte Finanzierung steht die Stiftung kurz oder mittelfristig vor dem Aus. Damit wären auch die bisherigen Investitionen zunichte gemacht. Die Stiftung schlägt deshalb Alarm. So werden leichtfertig Menschenleben aufs Spiel gesetzt. Die Schweiz hat in Patientensicherheitsbelangen noch Handlungsbedarf; deshalb braucht es ein Ja zur Stärkung der Qualität im KVG, denn Investitionen in die Patientensicherheit lohnen sich.

Wo steht die Schweiz heute bezüglich Umgang mit medizinischen Fehlern? Hat sich in den Spitälern heute eine Sicherheitskultur etabliert?

Die Schweiz hat im Bereich der Patientensicherheit nach wie vor grossen Handlungsbedarf: Noch immer sterben geschätzte 700–1700 Menschen jährlich in Schweizer Spitälern aufgrund von Behandlungsfehlern. Während auf den Schweizer Strassen im Schnitt alle 36 Stunden eine Person tödlich verunglückt, stirbt etwa alle sieben Stunden jemand aufgrund eines Fehlers im Ge-

sundheitswesen. Weitere erleiden vermeidbare Schädigungen, was nicht nur mit einem Leidensdruck für die Betroffenen, sondern auch mit Folgekosten verbunden ist. Aktuelle Schweizer Daten verdeutlichen den Handlungsbedarf im Bereich der Medikationssicherheit oder der nosokomialen Infektionen. Die Verbesserung der Patientensicherheit kostet Zeit und Geld und braucht Perspektiven.

Wo besteht die grösste Gefahr für die Patientensicherheit im Spital? Und wo in der ambulanten Praxis?

Sogenannte Hotspots sind Fragen der Medikationssicherheit, der sicheren Chirurgie, nicht zuletzt auch die Probleme der sogenannten nosokomialen Infektionen und damit verbundenen zunehmenden Antibiotikaresistenzen.

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gilt es ganz allgemein: Obschon Fortschritte erzielt wurden, bleiben langjährige Probleme, wie die grosse Dunkelziffer und die Folgen diagnostischer Fehler, inklusive korrekter Indikationsstellung für eine therapeutische Intervention nach wie vor ungelöst. Gleichzeitig entstehen neue grosse Bedrohungen für eine sichere Patientenversorgung. Wenn wir nur daran denken, dass Patienten älter werden, ihre Bedürfnisse zunehmend komplexer werden und sie nicht selten mehrere chronische Krankheiten haben. Neue Behandlungsoptionen, neue Versorgungsformen haben ein riesiges Potenzial, stellen aber gleichzeitig neue und in den Auswirkungen häufig noch unbekannte Herausforderungen dar.

Zusätzlich zur zunehmend komplexer werdenden Patientenpopulation komplizieren weitere Trends im Gesundheitswesen das Schaffen oder Anbieten einer sicheren Gesundheitsversorgung. Die Medizin wird sich rasant weiterentwickeln zur personalen Medizin (personalized health care), die Genomik wird ein viel genaueres Verstehen der individuellen Patientenbedingungen erlauben. Die Quantität der verfügbaren Daten und Informationen aus Spitälern und Grundversorgung, Daten aus Biobanken oder von Individuen selbst erhobene Daten (Self-Tracking) werden exponentiell anwachsen. Das sind zwar vielversprechende Entwicklungen, sie bergen allerdings auch Risiken, die ins-

besondere in der Erhöhung der Komplexität der Versorgung liegen. Auch in der zunehmenden Bedeutung der IT-Systeme liegen Risiken, die stichwortartig aufgeführt seien: die Frage der Interoperabilität zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen; ein Mangel an Integration über verschiedene Systeme kann zum Zusammenbruch der Versorgung führen und so den einzelnen Patienten und ganze Gesundheitssysteme gefährden. Die Abhängigkeit von diesen IT-Systemen verlangt ein hohes Mass an Schulung, an Ressourcen, die dann bei der unmittelbaren Patientenbetreuung fehlen.

Dazu gilt es, daran zu erinnern, dass die globale Finanzkrise weltweit auch einen beträchtlichen Druck auf die Budgets der verschiedenen Gesundheitssysteme ausübt mit nicht immer schon klar abschätzbaren Konsequenzen für die Qualität des Gesundheitswesens und die Patientensicherheit.

Sie sind Stiftungsratspräsident von Patientensicherheit Schweiz – und waren gleichzeitig Mitglied der Expertengruppe Kostendämpfung: War das für Sie kein Interessenkonflikt (im Sinne von: Kostendämpfungsmassnahmen könnten zulasten der Patientensicherheit gehen)?

Es gab keinen Interessenkonflikt, im Gegenteil, der Auftrag implizierte ja das Aufzeigen von Massnahmen zur Reduktion der Mengenausweitung, zur Identifikation von überflüssiger/unnötiger Medizin. Vor dem Hintergrund, dass jede diagnostische und therapeutische Massnahme nicht nur eine harmlose Nebenwirkung haben kann, sondern auch eine (mitunter lebensbedrohliche) Gefährdung des Patienten darstellt, sind die vorgeschlagenen Massnahmen eher auch im Sinne der Patientensicherheit positiv zu bewerten.

Prof. em. Dr. med. Dieter Conen ist ehemaliger Chefarzt und Leiter der Inneren Medizin am Kantonsspital Aarau. Er ist Gründungsmitglied der Stiftung Patientensicherheit Schweiz und seit ihrer Gründung 2013 deren Präsident.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Redaktor *Synapse*

Umstrittenes Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes

Gemäss Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3322/2015 vom 1. September 2017 müssen die Kosten des in der MiGeL-Liste aufgeführten Pflegematerials («Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen») von den Krankenversicherern nur noch übernommen werden, wenn es vom Patienten selber oder von nicht beruflich Mitwirkenden angewendet wird. Material, das von den Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer

Pflege verwendet wird, ist mit den Ansätzen gemäss Art. 7a KLV und der kantonalen Restfinanzierung (einschliesslich einer allfälligen Patientenbeteiligung) abgegolten. Die Finanzierung der Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG bzw. die Beiträge nach Art. 7a KLV umfassen damit sowohl Lohn- wie auch Sachkosten: Da die Materialien zur Applikation durch Pflegefachpersonen definitionsgemäss für das Erbringen der OKP-pflichtigen Pflegeleistungen ge-

mäss Art. 7 Abs. 2 KLV notwendig bzw. untrennbar damit verbunden sind, sind sie den jeweiligen einzelnen Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV zuzuordnen und gelten mit der Vergütung dieser Pflegeleistungen als abgegolten (so das Bundesverwaltungsgericht in Erwägung 9.6.3). Die Redaktion der *Synapse* hat zwei Stellungnahmen dazu eingeholt: eine im Namen der Krankenkassen (curafutura), die andere im Namen der Pflege (Spitex Bern).

curafutura: Das für die Pflege notwendige Material ist bereits mit den Pflegebeiträgen abgegolten

Der Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts ist ein Schritt, der notwendig wurde, weil die Abrechnung der in der MiGeL-Liste aufgeführten Materialien in der Vergangenheit falsch war. Sie wurde zu Unrecht den Krankenversicherern, also den Prämienzahlerinnen und -zahlern, belastet. Kommt hinzu, dass die in der MiGeL festgelegten Höchstpreise oft zu hoch sind. Die erhoffte Konsequenz ist die, dass dieser Schritt mit dazu beiträgt, die Gesundheitskosten nicht weiter wachsen zu lassen.

Ich nehme ein Beispiel aus der Spitexpflege: Hier muss zwischen dem durch die Spitex verwendeten Pflegematerial und dem durch die Patientin bzw. Angehörigen verwendeten Material der Mittel- und Gegenständeliste, MiGeL, unterschieden werden. Das für die Pflege notwendige Material ist gemäss Urteil bereits mit den Pflegebeiträgen abgegolten. Möglich bleibt nur die Fakturierung von Mitteln und Gegenständen der MiGeL zur Selbstanwendung. Spitexorganisationen, die MiGeL-Produkte an ihre Kunden zur Selbstanwendung abgeben, müssen einen Abgabevertrag mit den Krankenversicherern vereinbaren. Das Urteil besagt ausserdem, dass die Krankenversicherer MiGeL-Produkte

nur dann vergüten dürfen, wenn ein Abgabevertrag besteht.

Wir begrüssen die Klärung des Gerichtes, denn damit können die Versicherer aktiv Abgabeverträge verhandeln und gegen zu hohe MiGeL-Preise vorgehen. Das ist ein wichtiger Punkt. Wir anerkennen selbstverständlich, dass Alters- und Pflegeheime jetzt in einer durchaus anspruchsvollen Situation sind. Wir haben aber keine andere Wahl, als die Urteile umzusetzen, oder wir brechen das Gesetz und machen uns strafbar. Die Krankenversicherer sind also in der Rolle, das zu tun, was sie eben tun müssen: Krankenversicherungen anzubieten, die sich die Menschen weiterhin leisten können. Die Produkte der MiGeL sind ein Teil der Gesundheitsleistungen, die erkennbar zu teuer sind und deren Abgeltung in der Vergangenheit nicht richtig war.

Wir Krankenversicherer sehen uns nicht in der Pflicht, mit den Prämienbeiträgen unserer Versicherten weiterhin für Preise aufzukommen, deren Grundlage zu hoch ist oder falsch belastet werden. Wir haben auch Verständnis, wenn sich die öffentliche Hand gegen die Preisgestaltung der Anbieter zu wehren beginnt.

Es braucht also eine Lösung für die teuren Pflegematerialien in speziellen Be-

reichen der Pflege – zum Beispiel bei der Wundpflege. Es wäre nicht zu akzeptieren, dass wegen dieses Urteils in einzelnen Bereichen aus Kostengründen auf Qualität verzichtet und zu alten Standards zurückgekehrt würde. Wir wissen, das Feld der Behandlungspflege ist äusserst anspruchsvoll.

Die Hoffnung, dass sich die Waage zum Schluss ohne Zutun von aussen wieder ins Lot bringt, hat sich bisher leider nicht erfüllt. Höhere Preise bedeuten nicht automatisch auch höhere (Pflege-)Qualität. Wer betroffen ist, hört es nicht gern, wir wissen das. Aber es braucht die Einsicht, dass wir alle dazu beitragen müssen, die Kosten nicht weiter übermässig ansteigen zu lassen, und dass wir alle für ein weiterhin bezahlbares Gesundheitssystem mitverantwortlich sind.

Pius Zängerle

Pius Zängerle ist seit 2015 Direktor des Krankenversicherungsverbands curafutura in Bern. Der Mathematiker und Ökonom Zängerle war Luzerner Kantonsrat, Präsident des Kultur- und Kongresszentrums Luzern (KKL) und Präsident des Gemeindeverbands «Luzern Plus». Pius Zängerle ist verheiratet und Vater von drei erwachsenen Töchtern.

Pflegematerial und Sparpaket: Spitex im Kanton Bern unter Druck

Die Bundesverwaltungsgerichtsentscheide vom September und November 2017 zur Finanzierung des Pflegematerials (gemäss Mittel- und Gegenständeliste, MiGeL) klärten eine Grundsatzfrage, stell-

ten jedoch die bisherige Handhabung auf den Kopf. Das Bundesverwaltungsgericht stellte fest, dass die Krankenversicherer beim Pflegematerial nur monetäre Finanzierer sind, wenn eine Selbstanwendung

vorliegt. Der Beitrag der Krankenversicherer an die Pflegeleistungen beinhaltet somit auch den Anteil des Pflegematerials. Gemäss diesen Urteilen liegt die Verantwortung der Finanzierung der Restkosten

bei den Kantonen. Diese Erkenntnis wird im neusten Bundesgerichtsentscheid vom August 2018 bestätigt. Der Restfinanzierer (Kanton/Gemeinden) muss, sofern der Bedarf der Pflege und die Kosten belegbar sind, übernehmen. Die öffentliche Spitex ist im Kanton Bern besonders exponiert.

Der finanzielle Druck auf die Spitex-Organisationen nimmt im Kanton Bern ausgeprägte Formen an. So wird das im November 2017 beschlossene Sparpaket von 6 Mio. Franken auf den 1.1.2019 umgesetzt. Damit verlieren die öffentlichen, gemeinwirtschaftlichen Spitex-Organisationen fast 30 Prozent aller Einnahmen, die sie bisher für die Wahrnehmung der Versorgungspflicht vom Kanton bekamen. Das Nichtbezahlen des Pflegematerials belastet die Spitex-Organisationen mit weiteren ca. 3 Mio. Franken. Der Entscheid des Bundesgerichts ist klar: Bei Selbstanwendung des Klienten ist der Klient bzw. der Krankenversicherer für die Bezahlung des Materials verantwortlich. Bei einer Fachanwendung durch die Spitex beinhaltet der Beitrag des Krankenversicherers (KLV Art. 7) diese Kosten. Die Kosten der Spitex-Organisation bleiben, die Einnahmen gehen jedoch zurück. Gemäss Bundesgericht ist der Kanton (bzw. die Gemeinden) für die Restfinanzierung zuständig. Kommt der Kanton für diese Leistungen nicht auf, haben die Spitex-Organisationen das Nachsehen.

Kein Anbieter in der ambulanten Pflege, ob privat oder gemeinwirtschaftlich, kann mittelfristig defizitäre Leistungen anbieten. So sind die Kosten für das Ma-

terial z.B. in der Wundpflege sehr hoch. Die Leistungserbringer sind gezwungen, alternative Lösungen zu suchen. Für die Steuer- und Prämienzahlenden wird dies kaum von Vorteil sein. Ebenso wenig für die Patientinnen und Patienten, welche eigentlich im Zentrum der Diskussionen stehen sollten.

Das Problem liegt nicht im rechtlichen Bereich, sondern in der praktischen Umsetzung der Urteile. Wann ist es eine Selbst- und wann eine Fachanwendung? Die Grenzen sind fließend. Die Klärung im Einzelfall absorbiert bei den Krankenversicherern wie auch bei den Leistungserbringern viele personelle Ressourcen. Eine unbefriedigende Situation für alle. Ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Lösung zwischen den Spitex-Verbänden und den Verbänden der Krankenversicherer auf nationaler Ebene würden das Problem entschärfen. Das BAG wie auch die öffentliche Hand wird sich womöglich zu Vereinbarungen ebenfalls äussern wollen. Benötigt werden praktikable Übergangslösungen für die Leistungserbringer in der ambulanten Pflege. Hier ist der Restfinanzierer (Kanton/Gemeinden) gefordert. Damit keine Fehlanreize entstehen, sind, insbesondere bei den teuren Materialien, die echten Kosten zu vergüten. Pauschale Zuschläge auf Stunden der Behandlungspflege oder Grundpflege führen zu weiteren Fehlanreizen. Die Leistungserbringer müssen bei einer allfälligen Prüfung in der Lage sein, die Verwendung von Materialien transparent und nachvollziehbar aufzuzeigen. Im Kanton Bern sind die diesbezüglichen Ver-

handlungen am Laufen. Im Heimbereich wurde eine Lösung erzielt. Im Bereich der ambulanten Pflege sollte eine Lösung ebenfalls möglich sein.

Damit aus gesundheitsökonomischer Sicht die Leistungen optimal, d.h. wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden, ist eine rasche und adäquate Übergangslösung bei der Finanzierung der Materialien nötig. Eine isolierte Betrachtungsweise aus Sicht der einzelnen Finanzierer (Krankenversicherer bzw. Kantone/Gemeinden) wird das Problem nicht adäquat lösen können. Eine langfristige und nationale Finanzierungslösung ist notwendig. Eine pauschalisierte Abgeltung pro Stunde wird das Ziel einer wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung allerdings kaum erreichen. Die öffentliche Spitex im Kanton Bern ist aufgrund des geschnürten Sparpakets des Kantons ganz speziell auf eine rasche und praktikable (Übergangs-)Lösung angewiesen. Eine Lösung ist jedoch nicht nur für die Spitex von Relevanz, sondern liegt im Interesse der Patientinnen und Patienten, der übrigen Anbieter in der ambulanten Pflege, der Steuer- und Prämienzahlenden wie auch der Ärzteschaft.

Jürg Schläfli

Jürg Schläfli ist seit 2006 Geschäftsleiter des Spitex Verbandes Kanton Bern. Er ist Betriebsökonom FH und hat 2015 den Masterlehrgang Managed Health Care an der ZHAW absolviert.

Aufruf an alle Leserinnen und Leser der *Synapse* im Hinblick auf die Weihnachtsausgabe 6/18

Was ich zum Gesundheitswesen schon immer einmal sagen wollte

Liebe Leserinnen und Leser

In der nächsten (Weihnachts-)Ausgabe der *Synapse* sollen Sie zu Wort kommen. Und zwar mit einem von Ihnen selbstgewählten Thema oder Stichwort zum Gesundheitswesen. Das kann ein Wunsch sein, ein Ärgernis, ein Protest oder ein Lob. Fragen dazu könnten zum Beispiel sein:

- Was wünschen Sie sich für die Zukunft des Gesundheitswesens?
- Was hat Sie in der Vergangenheit geärgert oder gestört?
- Haben Sie konkrete Ideen oder Lösungsvorschläge, um das Gesundheitswesen patientennäher und effizienter zu machen?
- Wem gebührt besonderer Dank im Schweizer Gesundheitswesen?
- Wem möchten Sie mal die Meinung sagen? Und was genau?

Schreiben Sie uns einen Text bis maximal 3000 Zeichen an synapse@emh.ch. Redaktionsschluss ist der 19.11.2018.

Kostendämpfung – eine deutsche Burleske

Die 120 deutschen gesetzlichen Krankenversicherungen verwalteten 2017 234 Mrd. € gesetzlich garantierte Zwangsbeiträge. Sie sind Ziel zahlloser ökonomischer und ideologischer Begehrlichkeiten. Politisch initiierte «Kostendämpfung» entspringt in der Regel ideologisch geprägter kontrafaktischer Trotzigkeit und fabriziert kontraproduktive Ergebnisse. Folge sind ein wachsender Verdruss der Bürger und zunehmender Reputationsverlust der Politik.

Deutsche «Kostendämpfung im Gesundheitswesen» ist ein politischer Ritt gegen Windmühlen einer inexistenten Kostenexplosion. Die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oszillieren seit vielen Jahren zwischen 6,5 und 6,8% des BIP. Die GKV verwaltete 2017 ein Volumen von 234 Mrd. € (gesamter Bundeshaushalt 329 Mrd. €). Ihre Mitarbeiterzahl liegt deutlich über der Zahl der behandelnden Ärzte und verursacht Verwaltungskosten von 12 Mrd. € – prozentual doppelt so viel wie bei den Privatversicherungen. Derartige Summen wecken unwiderstehliche Begehrlichkeiten bei verwaltenden Berufen, dilettierenden Beutepolitikern und Investoren. Alle möchten Geldströme im Sinne ihrer Ideologien und/oder Eigeninteressen lukrativ lenken. Dafür erfand man in den achtziger Jahren das politische Instrument «Kostenexplosion», die es mit «Kostendämpfung» zu domestizieren gälte. Die damaligen moderaten Beitragssteigerungen waren keiner «Kostenexplosion» geschuldet, sondern einer «Beitragsimplosion» der *einkommensabhängigen* Beiträge. Ursache waren hohe Arbeitslosigkeit, politisch motivierte Frühverrentung und versicherungsfremde Aufgaben. Mittlerweile bunkern die 123 Kassen 20 Mrd. € Überschüsse dank fortgesetzter «Kostendämpfung». Allein von 1989 bis 2012 gab es zur «Kostendämpfung» 23 eingreifende Gesetzesänderungen. Die Erfolgsbilanz dieses polit-ökonomischen Veitstanzes schlägt den Kabarettistenhit «Flughafen BER» in Ausmass und Schadenshöhe um Längen. Im Folgenden ein Auszug.

Bei Altmedikamenten wurden die Wirkstoffe ausgeschrieben; der Billigste bekam den Zuschlag, aber patentgeschützte Innovationen als eigentliche Kostentreiber sind nicht betroffen. Man eradizierte damit erfolgreich die mittelständische Pharmaindustrie samt industriellem Know-how und Arbeitsplätzen. Generics kommen heute aus China und Indien, und die Erzeugung von Arzneimittelskandalen klappt reibungslos: Häufig sind gängige Präparate gar nicht in der Apotheke erhältlich, dann wieder enthalten sie krebserregende Beimen-

gungen, dann sind zweifelhafte Impfstoffe in den Schlagzeilen. Der ökonomische Benefit blieb überschaubar.

Der Bürokratiecoup «Krankenhausreform» war brilliant. Dank eines weltweit einzigartigen Fallpauschalensystems stieg die Bürokratieproduktion samt ihren Kosten auf afrikanisches Niveau, und die jährlichen prozentualen Kostensteigerungen in den 10 Jahren nach der «Kostendämpfung» lagen deutlich ÜBER denen der 10 Jahre davor. Trotz Leistungsverlagerungen in den ambulanten Sektor. Teile stationärer Leistungen wurden in die ambulanten Budgets verschoben, ohne sie dort zu bezahlen. Das erfolgte u.a. aus den gedeckelten Budgets der konservativen Fächer und der Hausärzte. Politiker nennen diesen Trick heute «strategieanfällig». Die Ärztestrategie: den Behandlungsumfang der Bezahlung angleichen. Ist das Budget ausgeschöpft, gibt es vielleicht noch 10% Gratisbehandlungen, und das war's. Das ist der Hintergrund der heftig beklagten Wartezeiten. So gewannen z.B. die operativen Augenärzte von 1998 bis 2015 auf Kosten der konservativen Kollegen real 245% Honorar. Letztere verloren dafür real 50%. Die Hausärzte verloren in dieser Zeit real über 30%.

Jetzt haben konservative Augenärzte Wartezeiten von 6 Monaten aufwärts, Allgemeinarzt ist in der Weiterbildung abgewählt. Der jährliche Hausarztschwund beträgt 5–6%, weil numerisch nur 20% der Altersabgänge ersetzt werden können. Unberücksichtigt sind bei dieser überoptimistischen Prognose die mit der Feminisierung zunehmende Teilzeitarbeit und die Tatsache, dass sich etwa 30% der examinieren Allgemeinenärztinnen gar nicht erst niederlassen.

Die Folge sind Versorgungslücken, rasant steigende Wartezeiten und dadurch ein Ansturm auf die hierfür strukturell und ökonomisch völlig ungeeigneten Notfallambulanzen der Spitäler. Die werden von teuer und überorganisiert versorgten Bagatellbeschwerden verstopft, weil die Politik sich weigert, auch nur kleinste Eigenbeteiligungen für diese Fehlnut-

zung zuzulassen. Man fürchtet den Volkszorn doppelt düpiertes Beitragszahler. Den Zorn der Ärzte, die die Ambulanzkosten aus ihrem Budget zahlen, fürchtet sie nicht.

Politische Antwort auf das laute Murren der Bevölkerung: Die Ärzte müssen künftig «Zentrale Terminservice-Stellen» (24h / 7d) zur Arztterminvermittlung einrichten. Bezahlt aus ihrem bestehenden Vergütungsbudget, das 2018 um 1,6% «Teuerungsausgleich» angepasst, real also nochmals abgesenkt wurde. Dort vermitteln angestellte Helferinnen dann Termine, die nicht existieren.

In der kostengedämpften Pflege dürfen die Lohnsummen nur unterproportional zur amtlichen Teuerung steigen. Die Mitarbeiter stimmten mit den Füßen ab: bundesweit 35 000 offene Stellen. Zu den regulierten Löhnen ist kein Personal zu finden. Als Abhilfe bewilligte der Gesundheitsminister im Wahlkampf «8000 neue Stellen». Das ist eine halbe Stelle pro Einrichtung! Die Zahl unbesetzbarer Stellen steigt durch diese Abhilfemassnahme auf 43 000.

Fazit: Derart komplexe Systeme aus widerstreitenden ökonomischen Interessen und realen Erfordernissen lassen sich in Deutschlands politischem System und der darin vorhandenen Kompetenz nicht erfolgreich steuern. Deshalb ermittelte im September 2018 eine repräsentative dimap-Umfrage lediglich 29% Bürger, die der Regierung «gesundheitpolitische Kompetenz» zubilligten.

Im Klartext: 71% der Bürger sind der Ansicht, das ihnen ein Kompetenzprekariat 234 Mrd. € Zwangsbeiträge abpresst und diese inkompetent verwaltet.

Derartige Noten erhält sonst nur unsere experimentelle Bildungspolitik.

Dr. med. Udo Schulte

Dr. med. Udo Schulte ist Facharzt für Allgemeinmedizin

Observationsgesetz: gegen Missbrauch in der Sozialversicherung – aber nicht so!

Am Wochenende 24./25. November 2018 wird über eine Gesetzesänderung im allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetzes (ATSV) abgestimmt. Es soll die Observationen von Leistungsbezügern regeln. Die Fachgruppen der Psychiaterinnen der MedGes Basel, der Verband der Psychotherapeutinnen beider Basel (VPB) und – auf schweizerischer Ebene – die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (FMPP) lehnen diese Gesetzesänderung entschieden ab, denn sie greift zu stark in die Persönlichkeitsrechte ein, schürt Verunsicherung und schadet letztlich den Heilungsbestrebungen unserer Patientinnen, die auf Leistungen der Sozialversicherung angewiesen sind.

Observationen: eine zunehmende Realität

Observationen werden in der Invalidenversicherung seit der 5. IV-Revision 2008 durchgeführt, allerdings lange unbenutzt von einer breiteren Öffentlichkeit. Im Oktober 2016 befand der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte, die schweizerische Unfallversicherung gesetzliche Grundlage für verdeckte Überwachungen. Im Juli 2017 kam das Bundesamt für Sozialversicherungen zum Schluss, dass das Urteil auch für die IV gelte, und wies die IV-Stellen an, vorläufig keine Observationen durchzuführen. Das Gesetz, über das wir am 25. November abstimmen, wurde in den eidgenössischen Räten in einem Rekordtempo von wenigen Monaten beschlossen. Das Referendum kam ebenso prompt zustande.

Die Kritik richtet sich nicht gegen die Missbrauchsbekämpfung, sondern gegen die Kompetenzen der Versicherer, die Observation des Privatbereichs und das Fehlen richterlicher Anordnung.

Missbrauch in der IV ist selten

Die IV weist für 2017 630 Missbrauchsfälle aus, die im Rahmen von 2130 abgeschlossenen Ermittlungen aufgedeckt wurden. Bezogen auf die 220 000 laufenden Renten von 2017 sind dies 0,3%.

In der IV gilt seit Jahrzehnten der Grundsatz «Eingliederung vor Rente», der in der 5. Revision neu bekräftigt wurde. Kann

eine Arbeitsintegration nicht erreicht werden, wird ein Versicherter der «Rentenabteilung» zugewiesen. Dies hat einen langwierigen Abklärungsprozess zur Folge. Neben den ärztlichen und finanziellen Berichten recherchiert sie in den Sozialen Medien und kann in diesem Prozess auch Überwachungen einleiten. Mehr als störend ist, dass die Patienten lange hingehalten werden, in existentielle Bedrängnis geraten können und über die Verzögerungen nicht informiert werden.

Weshalb sind wir gegen das Gesetz?

Es ist klar: Die Öffentlichkeit hat alles Interesse daran, dass Missbrauch und Betrug aufgedeckt und verhindert werden, sei dies im Steuerwesen, im Geschäftsleben oder eben auch im Bereich der Sozialversicherungen. Dies verleiht uns als Staatsbürger Sicherheit.

Vertrauen zu haben in die Korrektheit der Abläufe und die Transparenz und Gerechtigkeit von staatlichen Entscheidungen, ist ein eminent wichtiger Faktor für die soziale Kohärenz.

Allerdings stellen wir in Frage, ob Observationen – angeordnet durch Direktoren einer Versicherung und durchgeführt durch private Sicherheitsfirmen – ein sinnvolles, zielführendes und die Rechte der Versicherten respektierendes Mittel ist, um Missbrauch und Betrug im Bereich von IV und Unfallversicherung zu verhindern.

Entscheidend ist aber die rechtliche Problematik. Die Formulierungen des Gesetzes lassen einen beachtlichen Ermessensspielraum offen. Der Persönlichkeitsschutz ist nicht gewährleistet. Das Gesetz steht im Widerspruch zu anderen schweizerischen Gesetzgebungen (Strafrecht). Die Anordnungscompetenz durch Richter wurde aus dem Gesetz gestrichen. Der Anfangsverdacht, welcher eine Observation auslösen kann, ist zu vage gehalten. In einem umfangreichen juristischen Gutachten haben Rechtsprofessoren aufgezeigt, dass durch dieses Gesetz verschiedene tiefgreifende Rechtsunsicherheiten entstehen (Gächter et al.). Im Faktencheck der Suva wurde dieser Ermessensspielraum überdeutlich, obwohl die Publikation das Gegenteil beabsichtigte.

Ablehnung aus psychiatrischer Sicht

Langdauernde psychische und oft auch körperliche Erkrankungen sind mit einem sozialen Rückzug verbunden. Die Förderung der Teilnahme am sozialen Leben, der Wiederaufnahme von alltäglichen Aktivitäten oder der Pflege von Kontakten sind zentrale Elemente der psychiatrischen Behandlung. Aus unserer Erfahrung wissen wir, dass bereits heute viele unserer Patienten verunsichert sind, was sie noch tun dürfen. Die Verunsicherung ist Folge der langen Kampagne gegen «Scheininvaliden».

Langdauernde Erkrankungen wirken sich oft negativ auf das Selbstwertgefühl aus und führen zu Schuld- und Insuffizienzgefühlen, auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. Die Konfrontation mit den Sozialversicherungen aktiviert diese negative psychische Dynamik; eine drohende Observierung hat das Potenzial, diese der Heilung entgegenwirkenden Kräfte zu fixieren.

Die drohenden Observationen boykottieren unsere Behandlungsbemühungen. Das Problem des Missbrauchs muss anders gelöst werden.

Was können wir als Ärzte tun?

Das Abstimmungskomitee «versicherungsspione-nein» stellt Plakate und Flyer zur Verfügung, die in Praxen aufgelegt werden können.

Die Arbeitsgruppe IV der Fachgruppe Psychiatrie/Psychotherapie der MedGes stellt sich gerne für weitere Diskussionen zur Verfügung. Seit Jahren sammeln wir Fragen und Informationen über das Zusammenspiel von Patientinnen, Ärzteschaft und IV. Berichten Sie uns über die für Sie relevanten Problemstellungen.

Dr. med. Antoinette Voellmy und Dr. med. Rudolf Balmer

Dr. med. Antoinette Voellmy ist Fachärztin FMH Psychiatrie/Psychotherapie

Dr. med. Rudolf Balmer ist Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie

Uniham-bb: «Interprofessional Education» in Medizin und Pharmazie an der Universität Basel

Hintergrund

«Interprofessional Education» (IPE) ist definiert als «mit, von und über einander lernen». Das Kennenlernen der gegenseitigen Kompetenzen während der Ausbildung vereinfacht die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen in der zukünftigen Praxis. Gemäss der WHO führt IPE zu interprofessioneller, kollaborativer Praxis, welche höchste Qualität in der patientenzentrierten Betreuung bewirkt.¹ Die Evidenz zeigt, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis nicht nur Patientenendpunkte verbessert, sondern auch die Zufriedenheit in den Gesundheitsberufen.² In einem Projekt pilotierten wir, ein interprofessionelles Team aus Mitarbeitenden der Pharmaceutical Care Research Group und des uniham-bb, die interprofessionelle Ausbildung von Pharmazie- und Medizinstudierenden in einem Schweizer Universitätsumfeld.

Durchführung eines Pilotprojektes im Frühlingssemester 2017

An zwei Halbtagen, an welchen reguläre Pharmazievorlesungen stattfanden, nahmen alle Pharmaziestudierenden (im 2. Semester des Masterstudienganges) und freiwillige Medizinstudierende (im 6. Semester des Masterstudienganges) am Pilotprojekt teil. Für je einen Halbtag wurde ein klinisches Fallbeispiel von Experten der Pharmazie und Hausarztmedizin vorbereitet. Nach einer Einführung mit «Icebreaker-Übungen», die das Kennenlernen untereinander beschleunigen, arbeiteten die Gruppen mit 4–6 Pharmaziestudierenden (PS) und 1–2 Medizinstudierenden (MS) während ca. 90 Minuten an einem klinischen Fallbeispiel (siehe Box). Jede Gruppe bereite eine kurze Präsentation für die folgende Plenardiskussion vor. Während dieser Plenardiskussion wurden in einem interprofessionellen Debriefing zuerst Erfahrungen über die gemeinsame Arbeit ausgetauscht. Danach wurden kurze Präsentationen der interprofessionellen Gruppen über ihre Lösungen der Fallbeispiele mit Experten der Pharmazie und Hausarztmedizin diskutiert. Wir führten

Evaluationen mit den Studierenden vor den Workshops sowie nach dem ersten wie auch nach dem zweiten Workshop über eigenes und gegenseitiges Rollen- und Kompetenzverständnis durch. Die Erfahrungen der Dozierenden wurden nach dem zweiten Workshop einmalig erfasst.

Resultate der Evaluation des Pilotprojekts

Die Prä-Evaluation wurde von 85 (93,4%; n_{MS} = 25; n_{PS} = 60), die erste Post-Evaluation von 75 (82,4%; n_{MS} = 24; n_{PS} = 51) und die zweite Post-Evaluation von 72 Teilnehmenden ausgefüllt (81,8%; n_{MS} = 22; n_{PS} = 50). Bei beiden Berufsgruppen konnte eine signifikante Zunahme der eigenen und gegenseitigen Rollen- und Kompetenzkenntnisse gezeigt werden ($p \leq 0,05$, siehe Abbildung 1). Beide Gruppen waren überzeugt, dass sie durch gemeinsame Workshops während des Studiums die gegenseitige Rolle besser verstehen

würden und sich ihre Fähigkeit, in interprofessionellen Teams zu arbeiten, verbessern würde. Alle Studierenden (100%) äusserten, dass dieser Workshop ihnen etwas für ihre zukünftige Praxis gebracht hat, und die grosse Mehrheit befürwortete, dass der Workshop als obligatorische Veranstaltung für beide Studiengänge eingeführt (PS: 100%; MS: 91%) und sogar ausgebaut werden sollte (PS: 94%; MS: 73%). Negative Kommentare begründeten sich durch die unterschiedlichen Ausbildungsgrade der Pharmazie- und Medizinstudierenden (2. vs. 6. Semester des Masterstudienganges) und die daraus resultierenden Wissenslücken. Die Experten der Hausarztmedizin (n = 4) waren sich einig, dass das Niveau der Fallbesprechungen angemessen war und befürworteten die Weiterführung der Veranstaltung mit Studierenden mit gleichwertigem Ausbildungsgrad.

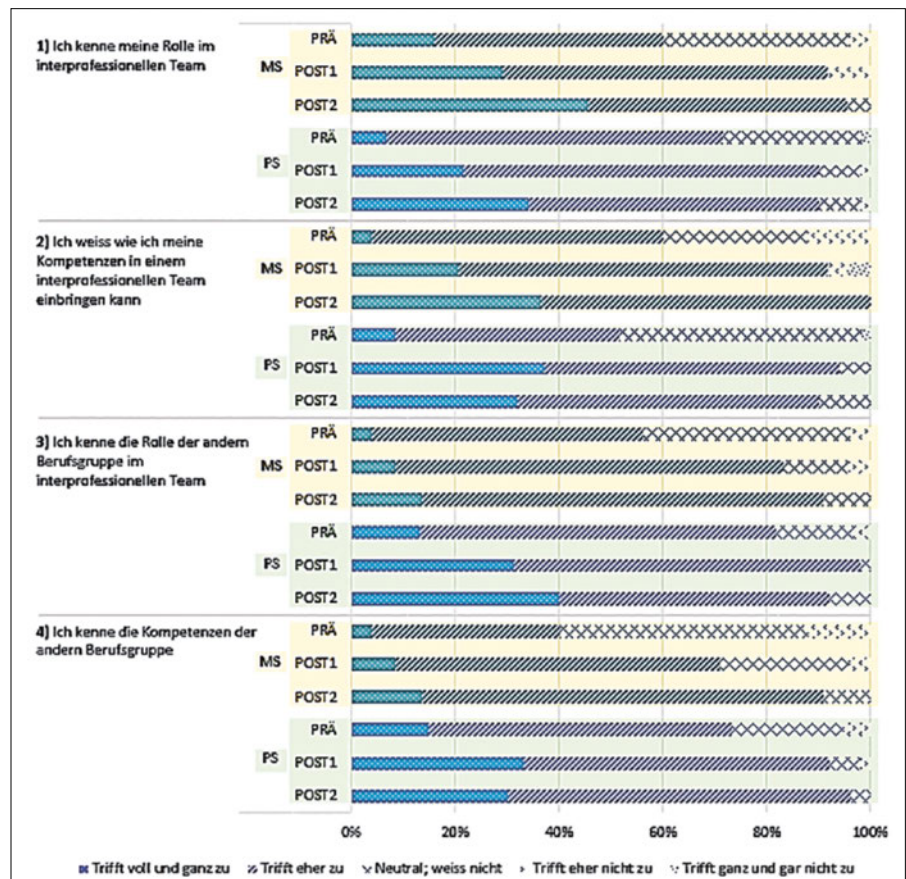


Abb. 1: Kenntnis über eigene und gegenseitige Rolle und Kompetenzen der Pharmazie- (grün hinterlegt), Medizinstudierenden und jungen Ärzte (gelb hinterlegt) in der Prä- (PRÄ), ersten Post- (POST1) und zweiten Post-Evaluation (POST2) (PRÄ: n_{PS} = 60; n_M + n_{MS} = 25; POST1: n_{PS} = 51; n_M + n_{MS} = 24; POST2: n_{PS} = 50; n_M + n_{MS} = 22).

Konklusion und Ausblick

Wir führten erfolgreich zweimal zwei IPE-Workshops mit Pharmazie- und Medizinstudierenden durch. Der Effekt des eigenen und gegenseitigen Rollen- und Kompetenzverständnisses wuchs mit der Anzahl der Lehrveranstaltungen. Die Studierenden zogen aus dem Unterricht einen Nutzen für ihre zukünftige Praxis und befürworteten die obligatorische Einführung für beide Studiengänge. Dies war auch die Meinung der Dozierenden. Dieses Pilotprojekt wurde mit dem SAMW-Award 2017 für Interprofessionalität ausgezeichnet.

Im Winter 2017 erarbeiteten Vertreter der Pharmaceutical Care Research Group und uniham-bb ein Konzept für die Einführung des IPE-Workshops im Frühlingsemester 2018. Das Konzept wurde der Curriculumskommission der Medizinischen Fakultät vorgestellt und durch dieses Gremium bewilligt. Die Pharmaziestudieren-

den nehmen während ihres zweiten Semesters des Masterstudienganges im Rahmen der Vorlesung «Klinisch-pharmazeutische Fallstudien» an zwei Halbtagen des IPE-Workshops teil. Die Medizinstudierenden nehmen ebenso während ihres zweiten Semesters des Masterstudienganges im Rahmen des «Einzel tutoriats Hausarztmedizin» teil, jedoch pro Person einmal, wegen Zeitmangels und um ausgewogene interprofessionelle Gruppen zu bilden. Es wurden acht Nachmittage für die Durchführung bestimmt, an welchen je sechs Gruppen à vier Pharmazie- und vier Medizinstudierenden teilnehmen. Zwei Fälle zu den Themen Schmerzen und Vorhofflimmern wurden für je vier dieser Termine vorbereitet. Um Wissenslücken durch unterschiedliche Ausbildungsgrade zu vermeiden, wurden allen Studierenden zur Vorbereitung des IPE-Workshops aktuelle Artikel zu den entsprechenden Themen mindes-

tens eine Woche vor der Durchführung auf einer Online-Plattform zur Verfügung gestellt. Der Programmablauf ist derselbe wie im Pilotprojekt und wird wiederum vor und nach der Veranstaltung evaluiert. Der Workshop wurde im aktuellen Semester bereits an fünf von acht Nachmittagen erfolgreich durchgeführt.

Böni F¹, Bally K², Zeller A², Hersberger KE¹

¹ Pharmaceutical Care Research Group, Departement Pharmazeutische Wissenschaften, Universität Basel, Klingelbergstrasse 50, 4056 Basel, Schweiz

² Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel (uniham-bb)

Referenzen

1. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010.
2. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(6) doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3

Fallstrukturen der zwei Fallbeispiele des Pilotprojekts

Fallstruktur «Ambulant»

1. Patientenbesuch mit Wunsch für ein akutes Problem
 - a. Triage und Beurteilung der Dringlichkeit
 - b. Entscheid weiteres Prozedere
2. Beurteilung Austrittsrezept/-bericht
 - a. Rezeptvalidierung
 - b. Nachkontrolle
 - c. Schmerzbehandlung
3. Beurteilung Rezept und Nachbetreuung
 - a. Rezeptvalidierung
 - b. Behandlungsziele und Betreuungsmassnahmen für die Langzeitbetreuung

Fallstruktur «Stationär»

1. Auf dem Notfall
 - a. Medizinische / pharmazeutische Abklärungen
 - b. Priorisierung
2. Medikamentenanamnese und Differentialdiagnose
 - a. Zusammentragen relevanter Informationen zum Fall und Diskussion von Unklarheiten
 - b. Medikamentenabgleich
 - c. Diagnosestellung
 - d. Identifizierte Probleme
3. Erstellung Austrittsplan
 - a. Issues
 - b. Massnahmen
 - c. Involvierte (Fach-)Personen
 - d. Austrittsinformationen: an wen, was, wie weiter; Kontrolltermine

Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel | uniham-bb



Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel | uniham-bb

Wichtige Termine 2018

Dienstagmorgen-Fortbildung Basel und Liestal

- 16.10., Basel Sexuell übertragbare Krankheiten
23.10., Liestal Dr. Peter Schiller, Liestal
04.12., Basel Weihnachtliches Menu Surprise aus der Hausarztmedizin
11.12., Liestal Team des uniham-bb

3. Hausarzt-Academy für angehende und junge Hausärzte

Donnerstag, 25. Oktober 2018 von 19–21 Uhr
Kollegienhaus der Universität, Petersplatz 1, Basel
«Hausarzt versus Spital – warum der Kleinere der Grössere ist»